



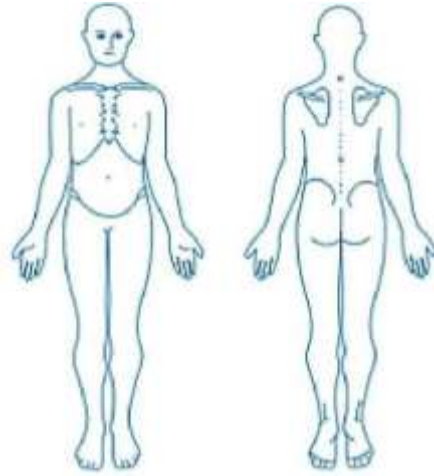
Nombre: _____ Profesión o ocupación anterior: _____

Su altura: ____ pies ____ pulgadas Su peso: _____ libras Edad: _____

Área(s) de la lesión:

Use el dibujo de alado:

- **Sombre** todas las áreas de sus síntomas, el dolor, rigidez, etc en el dibujo a la derecha.
- **Etiqueta** el lugar de su peor dolor con una X.
- **Círcule** cualquier área de entumecimiento o hormigueo.



1. ¿Cuándo ocurrió su lesión? ___ / ___ / ___
2. ¿Si después de una operación, cuando fue la cirugía? ___ / ___ / ___
3. Nivel de Dolor:
 - ¿Nivel de dolor actual? ___ / 10
 - ¿Nivel más alto de dolor? ___ / 10
 - ¿Nivel más bajo de dolor? ___ / 10

Preguntas Médicas - (círcule si/no):

1. **Si / No** ¿Tiene usted un marcapasos?
2. **Si / No** ¿Ha tenido una pérdida de peso significativa recientemente?
3. **Si / No** ¿Alguna vez ha tenido cáncer?
4. **Si / No** ¿Ha tenido múltiples inyecciones de cortisona o la prednisona?
5. **Si / No** ¿Está tomando medicamentos anti-inflamatorios?
6. **Si / No** ¿Está tomando relajantes musculares para este problema?
7. **Si / No** ¿Está tomando algún medicamento para el dolor para este problema?
8. **Si / No** ¿Está tomando algún otro medicamento?
 - a. En caso afirmativo, llene la lista a la derecha
9. **Si / No** ¿Tiene alguna dificultad con orinar?
 - a. En caso afirmativo, anote por favor/explicar:

Medicación	Dosis	Frecuencia

10. Ha tenido alguno de los siguientes para este problema específico: (círcule si/no):
 - Si / No** Tomografías computarizadas **Si / No** MRI's
 - Si / No** Rayos-X

¿Hay alguna condición no mencionada anteriormente que sienta usted pueda afectar su tratamiento en cualquier forma? (por favor círcule): es decir, la condición del corazón, enfermedad de pulmón, la osteoporosis, las prótesis articulares, deficiencia de balance, deficiencia visual, cirugías anteriores, la sensibilidad de la piel, alergias, mareos, desmayos? Por favor explique:

Reconozco que la información anterior que he escrito es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Notificaré a mi terapeuta de cualquier cambio en la condición.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Office Use:	F x D: _____ x _____ Pre-auth: Y / N	Max visits: _____ Keet: Y / N
-------------	---	----------------------------------

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
 GÉNERO: M / F FECHA DE NACIMIENTO: ____ MES/ ____ DIA/ ____ AÑO SS# ____ - ____ - ____ ESTADO CIVIL ____
 TELÉFONO (CELL) _____ TELÉFONO (CASA) _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____
 ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
 EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____
 OCUPACIÓN _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ EXT _____
 QUIEN ES SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

APELLIDO _____ NOMBRE _____ RELACIÓN _____
 TELÉFONO (CELL) _____ TELÉFONO (CASA) _____

CONSENTIMIENTO DE RECORDATORIOS DE CITAS

Seleccione **una** opción:

- CORREO ELECTRÓNICO** _____
- TELEFONO CELULAR:** (*Reconozco que se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto normales) _____
- ALLTel Boost Cricket MetroPCS Qwest T-Mobile Verizon
 AT&T Cingular Metrocall Nextel Sprint US Cellular Virgin Mobile

NO RECORDATORIO _____

Correo electronico / telefono celular # (si es diferente del de arriba): _____

FUENTE DE REFERENCIA

¿A quién le podemos dar las gracias por referir lo? _____

- Amigo/a Cliente Dr. de cabecera Evento comunitario Medios de comunicación impresos
 Paciente recurente Uno de nuestro Ustd. mismo Walk in Yelp



Política de Compromiso del Paciente y Citas Perdidas (Cancelación/ Ausencia / Polica de Ratraso)

Nuestro Compromiso con Usted

En Southland Physical Therapy es nuestra mission demostrar integridad y compasión mientras brindamos máxima calidad en la atención de fisioterapia para cada individuo.

El Compromiso con la Fisioterapia

El tratamiento de cada individuo es personalizado por su terapeuta creando un plan específico para cumplir con sus objetivos y necesidades. Para cumplir con estos objetivos, es vital que asista a todas las citas programadas.

Política de Cancelación de 24 Horas

Se requiere un aviso de 24 horas para reprogramar una cita. Si necesita reprogramar la cita, llame a nuestra oficina para coordinar su cita de recuperación en la misma semana de la cita original.

Por favor inicial:

_____ Solicitamos un aviso de 24 horas para cualquier cancelación de cita. Si llama para cancelar su cita después de este tiempo, estará sujeto a una tarifa/cobro de \$40.

_____ Las citas que no se presenten se cobrará una tarifa/cobro de \$40.

_____ Southland Physical Therapy se reserve el derecho de cancelar su cita si tiene 15 minutos o más de retraso.

He leído y entiendo la responsabilidad financiera del paciente y la política de citas y acepto cumplir con sus términos. La alteración de este formulario de cualquier manera no cambiará la política como se describe anteriormente por Southland Physical Therapy.

Nombre del paciente
(o Parte Responsable)

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico prestado al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico.

Entiendo que los procedimientos terapéuticos pueden incluir, pero no se limitan a: la movilización de articulaciones y tejidos blandos, los programas de ejercicio en casa, ejercicios terapéuticos, la educación neuromuscular, entrenamiento de marcha, entrenamiento funcional que incluye: postura y mecánica corporal, modalidades, tales como el calor, el hielo, estimulación eléctrica, ultrasonido, láser, y procedimientos especiales, tales como: la grabación, la estimulación neuromuscular eléctrica, tracción mecánica, y entrenamiento de la vejiga. Estoy de acuerdo en ser evaluado(a)/tratado(a) sobre la pérdida funcional debido a nervios relacionados, muscular, esquelético y disfunciones y/o dolor.

Entiendo que puedo negarme cualquier procedimiento terapéutico o tratamiento en cualquier momento.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente

Fecha

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y NUESTRA PÓLIZA DE CITAS

Yo asigno todo los beneficios de fisioterapia a Southland Physical Therapy por los servicios dados a mí o a dicho paciente menor de edad. Yo autorizo cualquier persona autorizada empleado de Southland Physical Therapy de proporcionar mi información requerida para determinar la cobertura de mis beneficios o de el menor de edad a mi aseguranza medica. Yo entiendo que si los beneficios o cobertura de mi aseguranza médica NO CUBRE O APRUEBA PAGO PARA LOS SERVICIOS PROVEÍDOS POR SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, YO SERE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE, Y ACUERDO DE PAGAR TODOS LOS CARGOS RELACIONADOS CON SERVICIOS PROPORCIONADOS. Esto incluye, pero no es imitado a: servicios de “no cobertura” o “no necesarios médicamente” por mi aseguranza medica.

Su compromiso de atender sus citas, llegar a tiempo, y completar tareas y ejercicios por su terapeuta son criticos para su recuperacion.

Entiendo y estoy de acuerdo con la política anterior y yo haré todo lo posible para adherirse a ella.

Yo entiendo que mi firma esta dando consentimiento que yo tendré que pagar cualquier cobro a Southland Physical Therapy.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor de revisar esta politica cuidadosamente.

Comprenda su registro de salud e información:

Al recibir servicios de terapia física de SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC. se hace un registro de su tratamiento. Este registro contiene sus síntomas, diagnósticos, exámenes, evaluaciones, y su plan de tratamiento. También contiene notas de tratamiento diarias y notas de progreso.

Nuestro compromiso con respecto a la información médica:

Estamos concientes que su información es personal y privada. Nos comprometemos a proteger su información. La distribución de sus registros médicos es limitada a circunstancias en relación a; **tratamiento, pagos, revisión de calidad de atención, como es requerido por la ley, demandas y disputas.** Si por cualquier razón quisiera una copia de su archivos médico, tendrá que hacer una petición por escrito y mostrar su identificación al momento de recoger los archivos médicos de nuestra oficina.

He leído y entiendo toda la información descrita arriba.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente

Fecha